



**Høgskolen i Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

**4BACH**

**Trine Danielsen og Ingrid Tamnes**

Veileder: Irene Imingen

”Se mine behov og forstå hvem jeg har”

”See my needs and understand who I am”

Antall ord: 12 012

Bachelor i sykepleie

Kull 2010- 2013

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

☒

JA

☐

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

☒

JA

☐

NEI



## INNHALDSFORTEGNELSE

### Sammendrag

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	s. 4
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	s. 4
1.2	Problemstilling.....	s. 5
1.3	Avgrensning av oppgaven.....	s. 5
1.4	Oppgavens disposisjon.....	s. 6
<b>2.0</b>	<b>Metode</b> .....	s. 7
2.1	Litteraturstudie.....	s. 7
2.2	Søkestrategi.....	s. 7
2.3	Utvalgt litteratur.....	s. 8
2.4	Kildekritikk.....	s. 9
<b>3.0</b>	<b>Teori</b> .....	s. 10
3.1	Demens.....	s. 10
3.1.1	Ulike hovedfaser av demens.....	s. 10
3.2	Frontallapspdemens.....	s. 11
3.3	Utfordrende atferd.....	s. 12
3.4	Kari Martinsens omsorgsfilosofi .....	s. 13
3.4.1	Sykepleierens omsorgsarbeid.....	s. 15
3.5	Tom Kitwoods demensfilosofi.....	s. 15
3.5.1	Personsentrert omsorg.....	s. 15
3.5.2	Den «ondartet sosialpsykologi».....	s. 16
3.6	Miljøbehandling.....	s. 18
3.7	Sykehjem som arena.....	s. 19
<b>4.0</b>	<b>Drøfting</b> .....	s. 21
4.1	Hvorfor er personsentrert omsorg viktig i møte med personer med demens.....	s. 21
4.2	Hvordan kan miljøbehandling forebygge utfordrende atferd.....	s. 28
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	s. 37
	<b>Litteraturliste</b> .....	s. 38
	<b>Vedlegg</b> .....	s. 43

## **1.0 Innledning**

I følge Demensplan 2015 er det rundt 66 000 mennesker med demens i Norge i dag og forekomsten er stigende. Dette kommer som en følge av høyere levealder og økende antall eldre i befolkningen. Dersom tendensen fortsetter vil det i år 2040 være om lag en fordobling av antall personer med demens, og dette vil omtrent tilsvare 135 000 (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2007). Utfordrende atferd har høy forekomst blant personer med demenslidelser, og da spesielt personer med frontallappsdemens. Resultatene og prosenttallene fra ulike studier om dette spriker på grunn av ulike definisjoner av hva utfordrende atferd er, og vi opererer dermed ikke med et bestemt tall i forhold til forekomsten. Studier har vist at utfordrende atferd er assosiert med høyt stressnivå og utbrenthet blant helsepersonell. Dette kan videre føre til at helsepersonell distanserer seg til denne pasientgruppen og kvaliteten på omsorgen som utøves synker (Egan et al., 2007).

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Grunnen til at vi valgte dette temaet er vår felles interesse for eldre, og spesielt eldre med demens på institusjon. Interessen for temaet ble større etter praksis i psykisk helsearbeid der vi erfarte hvor viktig det er med faglig kompetanse hos personalet.

I følge lov om kommunal helse- og omsorgstjenester (2011) har kommunene et ansvar med å tilby sykehjemsplass til de som har behov for det. Med dette menes sykehjem og avlastning. De fleste beboere på sykehjem er over 67 år, og over halvparten av beboerne er kvinner. Sykehjemsbeboere kjennetegnes ved at de har et sammensatt sykdomsbilde og en sterkt redusert funksjonsevne (Hauge, 2008).

Vi har opplevd fordommer mot det å jobbe med eldre på sykehjem, men ønsker å vise at dette er et meningsfylt arbeid og at det er givende å se hvor viktig våre kunnskaper, ferdigheter og erfaringer er for pasientene.

På bakgrunn av våre erfaringer fra praksis ønsker vi økt kunnskap om demens, utfordrende atferd og tilnærming- og behandlingsmetoder blant ansatte i demensomsorgen.

## **1.2 Problemstilling**

Ut i fra temaet om demens og utfordrende atferd, har vi kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?

## **1.3 Avgrensning av problemstilling**

For å avgrense problemstillingen har vi valgt å rette fokuset på eldre personer med frontallappsdemens. Eldre er definert som over 65 år og gammel som over 75 år (WHO, 2001). Vi har valgt personer med frontallappsdemens på grunn av praksiserfaringer. Det er ulike grader av demens, og vi har valgt å fokusere på personer med moderat til alvorlig grad. I denne fasen av sykdommen vil pasientene være pleietrengende og som regel måtte bo på en institusjon (Snoek & Engedal, 2008). Intime hjelpesituasjoner er ofte bakgrunnen for utfordrende atferd (Isaksson, Graneheim, Åström & Karlsson, 2011).

Under planleggingen av oppgaven hadde vi mange ideer rundt vår problemstilling. Vi har valgt å fokusere på Tom Kitwoods demensfilosofi om personsentrert omsorg, Kari Martinsens omsorgsfilosofi og Gundersons fem terapeutiske prosesser for miljøbehandling. Disse temaene har likhetstrekk og vi mener at alle er viktige i demensomsorgen og at de burde bygge på hverandre. Emnene henger sammen og utfyller hverandre. Miljøbehandling er et viktig perspektiv i oppgaven ettersom det er en forebyggende behandlingsmetode og et tiltak mot utfordrende atferd. Personsentrert omsorg er viktig da dette dreier seg om å se personen og ikke bare sykdommen og Kari Martinsen mener at omsorg må være sykepleierens verdigrunnlag. Vi vil i tillegg presentere teori om utfordrende atferd. Dette vil vi presentere i teoridelen og drøfte senere i oppgaven.

For å få flyt i språket har vi tatt utgangspunkt i at pasienten omtales som hannkjønn. I noen tilfeller kommer vi med eksempler som omhandler kvinner og da er hunnkjønn brukt naturlig.

Mye av litteraturen, både artikler og bøker, bruker begreper som helsepersonell, pleiepersonell, omsorgsgivere og ansatte. Vi har valgt å bruke sykepleier/sykepleiere på bakgrunn av at det er mest relevant for oss og at vår oppgave er sykepleierrettet.

## **1.4 Oppgavens disposisjon**

Kapittel 1.0 er oppgavens innledning som består av en kort innledning, bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling og avgrensing av den og oppgavens disposisjon.

Kapittel 2.0 er oppgavens metodekapittel. Her vil vi gjøre rede for litteraturstudie som metode, kildekritikk og utvalgt litteratur.

Kapittel 3.0 er teoridelen av oppgaven. Den inneholder teori om demens, ulike faser av demens, frontallappsdemens, utfordrende atferd, Kari Martinsens omsorgsfilosofi, Tom Kitwoods teori om personsentrert omsorg, miljøbehandling og sykehjem som arena.

Kapittel 4.0 omhandler oppgavens drøfting. Her drøfter vi hvordan miljøbehandling og personsentrert omsorg kan forebygge utfordrende atferd.

Kapittel 5.0 er en oppsummering der vi presenterer funnene i oppgaven og kommer med en konklusjon.

## **2.0 Metode**

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, 1985, s.196).). Vi oppfatter metode som et hjelpemiddel for å tilegne oss ny kunnskap. Vår metode og systematiske arbeid har hjulpet oss til å innhente data som er relevant for tema og problemstilling i oppgaven.

### **2.1 Litteraturstudie**

Det beskrives i retningslinjene for fordypningsoppgaven at oppgaven er en litteraturstudie og skal baseres på skriftlige kilder. Kunnskapen vi finner i litteraturen er utgangspunktet for oppgaven og hvordan problemstillingen skal drøftes (Dalland, 2012). I tillegg til at litteraturen er anvendbar med tanke på oppgave og problemstilling, anser vi det som viktig at litteraturen er av nyere dato. Et unntak her er når kunnskapen som kommer frem i litteraturen er nyskapende, og forfatterne er de første til å belyse sitt tema.

Svakheten ved en litteraturstudie mener vi er at vi ikke får anvendt teoriene i praksis. På grunn av dette må vi se på hvilke resultater som har kommet frem i tidligere forskning.

### **2.2 Søkestrategi**

Under våre søk har vi brukt anerkjente databaser som BIBSYS Ask, Idunn, Medline, EBSCOhost, SveMed+, [www.sykepleien.no](http://www.sykepleien.no) og Google Scholar. Google Scholar brukte vi for å finne artikler i fulltekst dersom fulltekst ikke var tilgjengelig i den enkelte databasen.

For å få et bredt utvalg av relaterte søkeord brukte vi SveMed+ og det resulterte i både engelske og skandinaviske MeSH-termer. Vi har brukt [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no) som en kilde til engelske ord og synonymer av disse. Søkeordene vi brukte var:

(Se tabell neste side).

Norske søkeord	Engelske søkeord
Demens	Dementia
Demensomsorg	Frontal lobe
Omsorg	Behaviour
Frontallappsdemens	Aggression
Utagerende atferd	Attitude og health personnel
Livskvalitet	Geriatric nursing
Miljøbehandling	Dementia nursing
Miljøterapi	Aggressive behaviour
Grensesetting	Nurse-patient-relations
Holdninger	Dementia care
Sykepleie	Caregivers
Relasjon	Milieu therapy
	Elder

I tillegg til å bruke de nevnte søkeordene trunkerte vi med tegnet \* i noen enkelte søk. Trunkeringstegnet kan variere i de ulike databasene. Ved å bruke trunkering søker vi på ordstammen og ikke med spesifikke endinger. I de fleste søk avgrenset vi til artikler publisert etter år 2005 og artikler tilgjengelig i fulltekst.

En detaljert oversikt over søkehistorikken finnes i vedlegg. Enkelte artikler er ikke med i søkehistorikken på grunn av at vi har funnet dem som henvisninger i annen litteratur.

## 2.3 Utvalgt litteratur

Litteraturen vi har valgt å bruke mener vi er relevant siden den er sykepleierrettet og kan gi oss svar på problemstillingen. Artikkene har fokus på blant annet helsepersonells opplevelse og håndtering av utfordrende atferd hos personer med demens, sykepleieres holdninger og nødvendigheten av å heve kunnskapsnivået blant sykepleiere.

Vi har valgt å bruke IMRAD-prinsippet som et verktøy for få oversikt over innholdet i de utvalgte artikkene. IMRAD står for

- **Introduksjon** – hva var forskningsspørsmålet, hvorfor ble undersøkelsen gjort.
- **Metode** – hvordan ble studien gjennomført, hvordan ble resultater analysert.
- **Resultat** – hva var resultatet.
- **Diskusjon** – hva betyr resultatet (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).



Ved å bruke dette har vi fått strukturert artiklene og kan enkelt få en rask oversikt over artikkelens innhold.

## **2.4 Kildekritikk**

Kildekritikk brukes for å vurdere de kildene som brukes i oppgaven. Kildekritikk omhandler kritikk både av kildesøket og den anvendte litteraturen i oppgaven og det er viktig for at oppgaven skal virke troverdig. I en litteraturstudie blir kildekritikken brukt som et metodisk redskap for å vurdere benyttet litteratur (Dalland & Tygstad, 2012). «Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i de refleksjonene du har gjort deg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen» (ibid., s. 66).

I fordypningsoppgaven har vi anvendt pensumlitteratur og andre fagbøker. Bøkene fra pensumlitteraturen gir et godt utgangspunkt for oppgaven og er sykepleierrettet (Dalland & Tygstad, 2012). Andre fagbøker vi har valgt er av både nyere og eldre dato. De eldste bøkene er fra sent 1990-tall og tidlig 2000-tall, men vi mener det er viktig å presisere at forfatterne av disse bøkene har i utgangspunktet skapt teoriene og at det dermed er viktig å bruke disse primærkildene. En sekundærkilde kan mange ganger være enklere å forstå, men ved bruk av sekundærkilder er det fare for feiltolkninger (ibid.).

Artiklene som blir brukt er vurdert ut i fra kriteriene Kunnskapssenteret (2011) har satt opp for forskningsartikler. Noen av de artiklene vi bruker er vitenskapelige artikler. Vitenskapelig artikler er under streng kontroll og må være fagfellevurdert, altså vurdert og godkjent av eksperter på faget (Dalland & Tygstad, 2012).

Artiklene vi har funnet omhandler ikke spesielt personer med frontallappdemens og utfordrende atferd, men handler mer om demens generelt. Vi ser i ettertid at vi kunne brukt andre søkeord og databaser for å finne mer om disse temaene.

Når vi har kritisert og oversatt engelske artikler har vi vært forsiktig med å bruke oversettelsesprogrammer (Kunnskapssenteret, 2011). Erfaringen med å bruke slike programmer er at teksten kan feiltolkes. Vi har i stede valgt å bruke [www.ordnett.no](http://www.ordnett.no) som gir flere synonymer på engelsk og oversettelsesmåter på norske ord.

### 3.0 Teori

I teoridelen vil vi presentere de elementene vi mener er viktig i besvarelsen av problemstillingen.

#### 3.1 Demens

I Demensplan 2015 «Den gode dagen» kommer det frem at forekomsten for demens øker med stigende alder. I aldersgruppen 65-69 er forekomsten 0,9 %, mens den er 17,6 % i aldersgruppen 80-84 år og 40,7 % i aldersgruppen 90 år og oppover. Tallene viser også at hele 80 % av alle beboere på sykehjem har en demenslidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

*Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverres ofte over tid (Engedal og Haugen, 2009, s. 20).*

For å bruke begrepet demens må svekket hukommelse være tilstede, og det må være antatt eller kartlagt en organisk sykdom i hjernen som er årsak til sykdommen (Engedal & Haugen, 2009). Ved diagnostisering av demenssykdom i Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD- 10 (International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th version). De viktigste kriteriene for å kunne sette diagnosen er svekket hukommelse, og da spesielt i forhold til nyere korttidshukommelse, og svikt av andre kognitive funksjoner som fører til tap av evnen til å mestre dagliglivets gjøremål. Symptomene må også ha hatt en varighet på mer enn seks måneder (ibid.).

##### 3.1.1 Ulike hovedfaser av demens

Utviklingen av de ulike demenstilstandene deles inn i tre hovedfaser: mild demens, moderat demens og alvorlig demens. Årsaken til dette er at etter hvert som demenssykdommene fremskrider, vil de til slutt utarte seg mer og mer likt (Snoek & Engedal, 2008)

Ved mild grad av demens ser vi de første tegnene til kognitiv svikt. Pasientens hukommelse svekkes og da spesielt korttidshukommelsen. Evnen til å mestre dagliglivets gjøremål reduseres, og glemsomhet kan få konsekvenser i hverdagen som for eksempel at han glemmer

avtaler og dagligdagse gjøremål. Orientering i forhold til tid og sted svikter og pasienten vil ha problemer med å relatere ulike hendelser i forhold til riktig tidsperspektiv. Hos pasienter med mild grad av demens vil ikke personlighetsforandringer oppstå. Pasienten i startfasen av en demenssykdom vil klare å skjule symptomene ved å bruke sine mestrings- og forsvarsmekanismer som fortsatt er intakt (Snoek & Engedal, 2008).

Moderat grad av demens er den fasen flest pasienter kommer i kontakt med helsevesenet. Pasientens hukommelse er dårligere og man mister i økende grad taket på tilværelsen. Psykotiske symptomer som vrangforestillinger, synshallusinasjoner og atferdsforstyrrelser ses ofte hos personer i denne fasen. Orienteringsevnen i forhold til tid og sted svekkes ytterligere. Kommunikasjonsproblemer og følelsen av og miste flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne. Problemer med å bruke sine lærte mestringsevner er et typisk kjennetegn for pasienter med denne grad av demens. Pasienten vil ikke kunne se konsekvensene av de valgene han gjør og da spesielt i stressede situasjoner (Snoek & Engedal, 2008).

Ved *alvorlig* grad av demens trenger pasienten hjelp og pleie døgnet rundt og bor derfor på institusjon. Pasienten husker ofte ikke hvem familien er og kan ikke orientere seg om tid, sted og situasjon. Ordforrådet kan være meget begrenset og pasienten har ofte svært redusert handlingssvikt. Inkontinens for urin og avføring, og svekket motorisk aktivitet samt balansesvikt og gangproblemer kan forkomme (Snoek & Engedal, 2008).

### **3.2 Frontallappsdemens**

Frontallappsdemens er en degenerativ hjernesykdom og er en del av hovedgruppene av demenssykdommer. Denne gruppen er mindre kjent sammenlignet med blant annet Alzheimers sykdom. Forekomsten av frontallappsdemens i forhold til andre typer demenssykdommer er beregnet å være 5-10 %. Mange med frontallappsdemens venter lenge på å få stilt en diagnose og innen helsesektoren viser det seg at det er mangelfulle kunnskaper om denne demenssykdommen (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009).

Frontallappsdemens har tidlig debut og er likt fordelt i tilfeller mellom menn og kvinner (Berentsen, 2010). Sykdommen rammer hjernens panne- og tinninglapper og kan dermed også

kalles frontotemporallappsdemens. I tidlig fase av sykdommen vil hukommelse, orienteringsevne og forståelsesevne være relativt intakt og det mest karakteristiske ved frontallappsdemens er atferdsmessige og personlighetsmessige forandringer. Demens oppdages oftest på grunn av kognitive endringer. Hos personer med frontallappsdemens er det i midlertidig de atferdsmessige endringene som kommer først og som pårørende først legger merke til. Atferd som hyppig ses blant personer med frontallappsdemens er: hyperoralitet, alkoholmisbruk, sosial uhemmet språk, sosial uhemmet atferd, irritabilitet, rastløshet, uadekvate følelsesmessige reaksjoner og likegyldighet til hygiene og påkledning (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg kan noen av symptomene på frontallappsdemens, som for eksempel at de ikke viser noen interesse for omgivelsene, forveksles med depresjon. I senere sykdomsforløp kan pasienter med frontallappsdemens få motoriske symptomer som muskelstivhet, skjelvninger, treghet og inkontinens (Berentsen, 2010).

En person med frontallappsdemens vil i mange tilfeller ha relativt intakt hukommelse. Knut Engedal og Per Kristian Haugen (2009) skriver:

Pasienter med frontotemporallappsdemens i tidlig fase kan score opp mot normalt på enkle kognitive tester som for eksempel MMS. Dette er fordi hukommelsesproblemene i begynnelsen er lite uttalt. Med utgangspunkt i de nevnte atferdsendringer kan tilstanden feilaktig diagnostiseres som en funksjonell psykiatrisk sykdom og ikke demens (s. 104).

Selv om hukommelsesevnen delvis er svekket og de kan referere til hendelser flere dager tilbake, så har en pasient med frontallappsdemens vanskelig for å sortere hendelser i livet. De kan også ha problemer med å se et helhetlig bilde av hendelser på grunn av at de henger seg opp i detaljer (ibid.).

Sykdomsbilde hos en person med frontallappsdemens vil ofte være preget av utfordrende atferd og vi ønsker derfor å presentere dette begrepet.

### **3.3 Utfordrende atferd**

For å kunne bruke ordet utfordrende atferd er det viktig at vi presenterer teori om begrepet siden dette også er en stor del av problemstillingen. Tidligere i demensomsorgen er begreper som vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd blitt brukt (Rokstad, 2009).

Sammenlignet med disse er ordet utfordrende atferd et mer positivt ladd ord og et mer dekkende begrep. I motsetning til en del andre begreper, som for eksempel fysisk voldelig

atferd, dekker dette begrepet både de fysiske og de psykiske endringene hos en person med demens som oppfattes utfordrende.

En del av symptombylde hos personer med demens er atferdsmessige og psykiske symptomer, forkortet APSD, og dette er regelen mer enn unntaket ved demens. Redusert og endret impuls kontroll som følge av hjerneorganiske forandringer, gjør at personer med frontallapps demens ofte viser utfordrende atferd. Utfordrende atferd ses ofte i senere stadier av demens, men i tilfellene med frontallapps demens ser man ofte utfordrende atferd i tidlig fase av sykdommen. De atferdsendringene vi observerer må ikke ses som unormale og avvikende, men som en naturlig reaksjon på en rekke endrede faktorer hos personen som er rammet av sykdommen. Dette innebærer endret livssituasjon, begrensede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, og endret atferd blant deres pårørende. Når en person med demens utvikler disse atferdsmessige endringene vil dette medføre økende omsorgsbyrder for pårørende og i tillegg store følelsesmessige påkjenninger (Rokstad, 2009). I følge Finkel et al. kan dette føre til tap av livskvalitet både hos pasienten og pårørende (Referert i Rokstad, 2009).

Psykiske symptomer ved utfordrende atferd som Rokstad (2009) nevner i sin bok er irritabilitet, apati, aggresjon, depresjon, vrangforestillinger, angst, mangel på hemninger, forstyrrende motorisk atferd og hallusinasjoner. I artiklene *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen* (Rognstad & Nåden, 2011) og *Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations* (Isaksson et al., 2011) kommer de med eksempler på hvordan utfordrende atferd kan arte seg. Verbal atferd beskrives som roping, skriking og banning og fysisk atferd blir beskrevet som klype, vandring, bite, slå, kaste ting, spytte, kløne og sparke (ibid.).

Det finnes ingen medikamentell behandling som stopper utfordrende atferd. De viktigste tiltakene i behandlingen av frontallapps demens er grensesetting, miljøtiltak og individuell tilrettelegging (Berentsen, 2010).

### **3.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi**

Kari Martinsen har igjennom sitt lange forfatterskap utviklet en egen omsorgsfilosofi, og er den personen i Norge som har skrevet mest om sykepleiens natur. Hennes ideer har i Norge og Skandinavia hatt en stor innflytelse på den teoretiske utviklingen av sykepleiefaget, og

man kan betrakte hennes presentasjon av sykepleieforståelse ut fra en fenomenologisk teori (Kirkevold, 1998).

Vi har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker på bakgrunn av hennes humanistiske menneskesyns som handler om å se enkelte individ i et helhetsperspektiv. Begrepet omsorg av Kari Martinsens omsorgsteori mener vi er svært relevant å trekke frem i forhold til vår problemstilling på bakgrunn av at hun mener at omsorg er ontologisk fenomen. Dette vil si at omsorg er den mest naturlige og fundamentale verdien ved et menneskes eksistens, og et grunnleggende begrep i sykepleien (Martinsen, 2003b).

Omsorgsbegrepet til Martinsen bygger på tre vesentlige begreper: Omsorg er et relasjonelt begrep, et morals begrep og et praktisk begrep. Kari Martinsen definerer i sin bok *omsorg, medisin og sykepleie* (2003a) omsorgsbegrepet slik: «Rent språklig er vårt omsorgsbegrep sammensatt av «om» og «sorg». Det er beslektet med det tyske ordet «sorgen» som kan oversettes med «omtenksomhet», «å bekymre seg for». «Sorg» betyr mer å sørge *for* enn å «sørge» (ibid. s. 68).

Ut i fra dette forstår vi begrepet omsorg som omtenksomhet, å bekymre seg for og å *sørge for* pasienten. Omsorg som relasjon, vil si at omsorg alltid innebærer et sosialt forhold mellom minst to mennesker basert på en form for felleskap, solidaritet og gjensidighet. Dette handler om at omsorg uttrykkes ved hjelp av grunnholdninger, som er preget av at omsorgsgiveren anerkjenner pasienten ut fra hans situasjon, og om forståelse for hverandre. For å kunne forstå hverandre må det være noe som danner felleskap mellom to parter. Dette kan for eksempel være behov eller virksomhet, normer og regler. Den ene parten har omtenksomhet, er bekymret for og lider med pasienten. Omsorg som praktisk handling er basert på en forståelse av hva som er til det beste for den andre. Det vil si at vi må tilegne oss forståelse igjennom å handle for og med andre. På denne måten utvikler vi felles erfaringer fra situasjonene, og vi vil da kunne forstå den andre igjennom den måten han forholder seg til sin situasjon (Martinsen, 2003a).

Omsorg som moral er å handle ut fra sitt beviste maktforhold. Kari Martinsen (2003a) skriver «skal omsorg være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en *holdning*, som anerkjenner den andre ut fra *hans* situasjon» (ibid., s. 71). Med dette forstår vi at vi må vise omsorg på en verdighetsfremmende måte og ikke krenke den andres integritet. Vi forstår altså at begrepet å *sørge* betyr at vi som sykepleiere skal lide med pasienten for lindre smerte (ibid.).

### **3.4.1 Sykepleierens omsorgsarbeid**

Sykepleiens omsorgsarbeid handler om å vise omsorg for personer med sykdom og lidelser. Relasjonen i omsorgshandlingen er ikke alltid gjensidig. I situasjoner der pasienter er syke og pleietrengende kommer deres avhengighet tydelig frem. Den som er avhengig av andre må ha tillit til omsorgsyteren, uten krav om gjensidighet. Denne form for gjensidighet kalles generalisert gjensidighet med utgangspunkt i at omsorg er sykepleiens verdigrunnlag. Sykepleieren må handle ut fra denne grunnleggende verdien og må aldri forvente noen gjennyttelse fra pasienten (Martinsen, 2003a).

Sykepleierens omsorgsarbeid krever kunnskap, ferdigheter og organisasjon (Martinsen, 2003a). Sykepleiere som kan sykepleielære og har medisinske kunnskaper blir ikke automatisk faglig dyktig. Martinsen skriver at det først og fremst er nødvendig med teoretisk kunnskap, men de erfaringene og praktiske kunnskapene vi har tilegnet oss er de viktigste elementene for å utøve god sykepleie (ibid.). Med dette forstår vi at gode fagkunnskaper og praktiske ferdigheter er grunnlaget for faglig dyktighet oss sykepleiere. Kunnskaper bygger på erfaringer vi selv har erfart, og det er de situasjonene vi har erfart som vi forstår. Sykepleiere har fagkunnskap om hva som skal til for å lindre smerte og «sørge for» pasienten (Martinsen, 2003a)

Å utøve god omsorg krever at sykepleieren viser engasjement og innlevelse i pasientens situasjon. I boken *Marx til Løgstrup* (2003b) utdyper Martinsen at sansing er grunnleggende for all forståelse. I forhold til dette er sykepleierens sanser viktig for å forstå situasjonen som en helhet. Omsorgen sykepleieren gir må komme frem igjennom sykepleierens holdninger basert på en forståelse av pasientens livs- og lidelseshistorie, som er svært viktig utgangspunkt for god omsorg.

Tom Kitwood har også igjennom sitt lange forfatterskap skrevet mye om omsorg i sykepleien.

## **3.5 Tom Kitwoods demensteori**

### **3.5.1 Personsentrert omsorg**

Tom Kitwood er en sosialpsykolog som på 80- og 90 tallet utviklet en demensteori om personsentret omsorg. Han skriver at hans ønske var å endre demensomsorgen (Kitwood, 1999). Vi må endre vårt fokus på sykdommen til fokus på personen og bevare synet på

personen som unik gjennom hele sykdomsforløpet. Han legger ikke skjul på at det skjer en nevrologisk endring hos personer med en demenssykdom, men vi må se denne endringen i sammenheng med andre faktorer. Faktorene han nevner sammen med nevropatologi er personlighet, livshistorie, helse og sosialpsykologi. Disse fem hovedelementene vil sammen skape et bilde av demenssykdommen hos den enkelte pasient (Rokstad, 2009).

Når demenssykdommen rammer vil ferdigheter gå tapt og handlings- og stemningsmønster endres. Dette skjer som en følge av de nevrologiske endringene, men kan også være et resultat av tapte ressurser som medfører følelsesmessige endringer hos en person. Som for eksempel sinne, sorg, engstelse, frustrasjon, forvirring og frykt. Kitwood skriver om at det trengs personsentrert omsorg for å takle de utfordringene som disse følelsene fører med seg. Personsentrert omsorg innebærer å se hele mennesket, å legge til rette for opprettholdelse av personens egne ressurser og selvstendighet og å respektere personens identitet (Rokstad, 2009). Kitwood (1999) skriver at de gamle pleieverdiene undergraver pasientens verdighet og identitet og ønsket å rette fokus mot personen med demens og dens opplevelse av sykdommen.

Tom Kitwood (1999) bruker begrepet «personhood» når han skriver om personsentrert omsorg. Vi har ikke funnet noen fullverdig oversettelse til dette begrepet på norsk. Han beskriver begrepet slik: «Det er en rang eller status, der tildeles et menneske af andre i en kontekst af indbyrdes forhold og social væren. Det indebærer genkendelse, respekt og tillid» (ibid., s.18). Kitwood mener at begrepet «personhood», det «å være en person», handler om anerkjennelse, respekt og tillit og at begrepet må knyttes til følelser, emosjoner og evnen personen har til å skape menneskelige og sosiale relasjoner. Dette er en person med demens i stand til å gjøre, og kan dermed defineres som «det å være en person» på lik linje med personer uten sykdommen.

### **3.5.2 Den «ondartede sosialpsykologi»**

I boken *En revurdering af demens – personen kommer i første række* (1999) forteller Kitwood om hvor sjokkerende det var å se hvordan en person med demens ble nedverdiget og tilsidesatt. Et av hans første forskningsprosjekter dreide seg derfor om å dokumentere hvordan personer med demens blir undergravet sin egen integritet, og dette kalte han «den ondartede sosialpsykologi», et viktig begrep i Kitwoods demensfilosofi (Kitwood, 1999).



Sosialpsykologi handler om det sosiale samspillet mellom mennesker og fokuserer på det sosiale miljøets betydning på menneskets tenkning, følelser og atferd. Samspillet og samhandlingen mellom sykepleier og en person med demens er avgjørende for pasientens selvbilde. En person med demens kan oppfatte vår opptreden overfor dem som en bekreftelse på dem som menneske, men også føle seg krenket og nedverdiget. «Ondartet sosialpsykologi» har tidligere vært en del av omsorgskulturen til personer med demens, men forhåpentligvis er vi på vei bort fra denne kulturen nå. For at vi skal tilegne oss en bedre omsorgskultur må personalet være mottakelige for endringer og ta i mot undervisning og veiledning om temaet (Rokstad, 2009).

Men hva er egentlig «ondartet sosialpsykologi»? Det er mange begreper som faller under denne kategorien og som er med på å svekke en persons selvbilde og integritet. Stigmatisering, stempling, infantilisering, fornedrelse, ignorering og forvisning er blant disse. Stigmatisering og stempling er å sette pasienter i en bås og kategorisere dem ut i fra sykdommen. Infantilisering er å behandle pasienten som et barn og innta en foreldrerolle. Fornedrelse innebærer å fortelle en person at han er inkompetent, ubrukkelig og verdiløs. Å ignorere er å overse en pasient som er tilstede og forvisning er å utelukke pasienten fra felleskapet. Forvisning av et menneske kan skje både fysisk og psykisk.

Motsetningen til den «ondartede sosialpsykologien» er å fokusere på de grunnleggende behovene, både de fysiske og psykiske. Et psykisk grunnleggende behov er trøst, pasienten har behov for trøst spesielt i forhold til tapsopplevelser, for eksempel økende tap av ressurser. Et annet viktig behov er det å føle tilknytning til noe og/eller noen og følelsen av å være inkludert, å kunne være en del av noe som en gruppe eller et miljø. Pasienten har også et behov for å være beskjeftiget slik at han eller henne kan få bruke sine evner. Her er det viktig å vite hvilke evner og interesser pasienten har for at beskjeftigelsen skal være individuelt tilpasset. Det siste er behovet for identitet, både kognitivt og følelsesmessig. Opprettholdelsen av identiteten, på tross av svekket mental funksjon, er en primæroppgave i demensomsorgen (Rokstad, 2009).

I likhet med personsentret omsorg er miljøbehandling viktig i arbeidet med personer med demens.

### 3.6 Miljøbehandling

Miljøbehandling handler om å tilrettelegge miljøet rundt pasientene og er en aktivitetsrettet form for behandling. Målet med behandlingen er å skape et terapeutisk miljø som skal gjøre det mulig å skape positive forandringer og å forhindre vanskelige situasjoner som en følge av demenssykdommen. Omgivelsene skal være planlagte, da dette kan hindre vonde ting å skje og tillate gode ting å skje (Gunderson, 1978). Miljøbehandling kan på ingen måte reversere sykdomsutviklingen, men kan bedre pasientens hverdag og i beste tilfelle forsinke utviklingen. Miljøbehandling er basert på individet. Ingen personer har like problemer og behov og må dermed ikke behandles som en gruppe (Engedal & Haugen, 2009). Eksempler på typer miljøbehandling er bruk av sansehager, musikk, sansestimulering og samtalegrupper (Rokstad, 2009).

John Gunderson har funnet fem sentrale terapeutiske prosesser som er viktig i miljøbehandling. Trygghet, støtte, struktur, engasjement og bekreftelse. Miljøbehandlingen til Gunderson retter seg til det psykiatriske perspektivet, men vi ser på prosessene i et demensperspektiv. Ut i fra Gundersons teori har *Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning* (2011) kommet med følgende definisjon:

*Miljøet skapes av personalets holdninger, handlinger, ytringer, tanker og følelser, slik disse viser seg i samspill med pasientene og opplevelse av disse. Miljøet skapes også av bidrag fra pasienter og personal innenfor fysiske, bygningsmessige og rommessige rammer, hvor også bygningens beliggenhet og fysiske omgivelser er en virksom faktor. For mennesker med psykisk sykdom er miljøterapi å være og handle i og utenfor postmiljøet over tid.* (Henriksen et al., 2011, s.10).

Den første av de fem prosessene er *trygghet*. Det er trygghet for pasienten i miljøet og at sykepleieren kompenserer for pasientens manglende opplevelse av selvkontroll. *Støtte* handler om å øke selvfølelsen og at pasienten føler velvære og sikkerhet. Målet er å redusere fortvilelse og angst. Den tredje prosessen er *struktur* som skal gi forutsigbarhet og faste holdepunkt både med tanke på tid, sted og person. Her brukes ukeplaner, dagsplaner og holdningsplaner. Det må også være *engasjement* slik at pasienten er aktiv i omgivelsene og miljøet og målet er å styrke pasientens tro på seg selv. Dette må ta utgangspunkt i pasientens ressurser. Den siste prosessen *bekreftelse* handler om å vie oppmerksomhet og vise respekt, og å forsterke pasientens identitet (Gunderson, 1978).

I miljøbehandling til personer med frontallappsdemens blir et tilpasset miljø med aktivitet, skjerming og grensesetting vektlagt. Andre regler for miljøtiltak for personer med

frontallappsdemens er å unngå lange aktivitetssekvenser, utføre god planlegging på forhånd og unngå valgmuligheter. Et av målene med miljøbehandling er å bedre livskvalitet og gi økt trivsel og behovet for et godt miljø vil øke i takt med sykdomsutviklingen (Engedal & Haugen, 2009).

### **3.7 Sykehjem som arena**

Vi har valgt å presentere kort om sykehjem, siden det er arenaen i denne fordypningsoppgaven.

Den viktigste delen av sykepleietilbudet i sykehjem er at personalet skal hjelpe beboerne med å få dekket sine grunnleggende behov (Hauge, 2008). På sykehjem er det offentlig autoriserte sykepleiere som har ansvaret for sykepleien (Forskrift for sykehjem m.v., 1989). På bakgrunn av at det i en institusjon finnes mange beboere med ulike sammensatte sykdomsbilder som krever omsorg og ulike behandlinger, gjør at sykehjem er en faglig utfordrende arbeids arena der hele den sykepleiefaglige kompetansen blir utfordret (Hauge, 2008).

I demensomsorgen har pasienten med atferdsproblemer behov for spesielt tilrettelagte tilbud. Dette krever mer kompetanseutvikling og økt bevissthet i praksis hos personalet (Helse og omsorgsdepartementet, 2006). For å tilrettelegge for god kompetanseutvikling i en personalgruppe kreves det at det legges til rette for å tilegne seg fagkunnskap, gode praktiske ferdigheter og tid til refleksjon om samhandling mellom helsepersonell og pasientene (Rokstad, 2009). Jevnlig kompetanseutvikling av de egenskapene omsorgsgiveren må ha for å kunne dekke de psykiske behovene hos pasienten, er nødvendig for å skape en god pleiekultur for personsentrert omsorg (ibid.).

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det: «Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 7) Med dette menes at den enkelte har ansvar for faglig oppdatering, men lederen har likevel et stort ansvar for å tilse at kompetanseutviklingen foregår etter faglige, etisk og lovpålagte føringer. I tillegg til dette må lederen være motiverende og ta vare på sine medarbeidere for å oppnå en god pleiekultur i avdelingen (Rokstad, 2009).

Felles normer og verdier for samhandlingen med pasienten i personalgruppen må ligge til grunn for å oppnå god personsentrert omsorg (Rokstad, 2009). I følge Kitwood (1999) er

arbeidet i demensomsorgen det mest berikende området som gjelder velgjørenhetsarbeid, og det må ligge mange forhold til rette for å skape og oppnå en felles kultur for personsentret omsorg i en enhet for personer med demens. En økende felles bevissthet og holdning til hva demensomsorg er, må iverksettes på alle nivå fra politisk og faglig ledelse. Dette er nødvendig for videre arbeid.

## **4.0 Drøfting**

I dette kapittelet vil vi drøfte hvordan personsentrert omsorg og miljøbehandling kan forebygge utfordrende atferd hos personer med frontallappdemens.

### **4.1 Hvorfor er personsentrert omsorg viktig i møte med personer med demens?**

Personsentrert omsorg vektlegger i all hovedsak den enkelte person og hvordan sykdommen oppleves av den som er rammet. Omsorgen til en person med demens gis best når den er individualisert (Kitwood, 1999). Dette er også nedfelt i punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det: «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg» (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.8). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er med på å skape et felles verdigrunnlag, hvilke holdninger vi har overfor pasientene og ha et mål om å hjelpe og yte omsorg for å fremme helse, lindre sykdom og lidelse og sikre en verdig død.

Kari Martinsen (2003a) mener også at en av sykepleierens oppgaver er å lindre smerte og lidelse og at dette er en del av det å gi omsorg. For å få til dette må vi ha en forståelse av hvordan pasienten har det og opplever hvordan det er å være syk. Martinsen mener at omsorg er et ontologisk fenomen og ontologi forklares som noe grunnleggende i menneskets eksistens (ibid.). Altså er omsorg noe alle mennesker har behov for, og er avhengige av for å eksistere. I demensomsorgen kan det å lindre smerte ha en annen betydning enn i somatikken. En person med demens vil oppleve mange følelser som følge av sykdommen, både sinne, sorg og frykt som noen eksempler (Rokstad, 2009). Et mål for sykepleieren må være å lindre smertene disse følelsene fører med seg. Kari Martinsen (2003a) vektlegger i sin filosofi at det ikke må settes resultatmål i omsorgen. Hun mener at god omsorg i seg selv er målet. En person med demens vil aldri kunne bli frisk av sykdommen. Slik vi forstår det må fokuset på omsorgen som gis være å hjelpe pasienten til å takle sykdommen og plagene den fører med seg.

Kitwood (1999) mener at vi må se forskjellen på det å være en person med DEMENS og en PERSON med demens. Ut i fra dette forstår vi at mennesket er i fokus og sykdommen er forklaringen på de forandringene som skjer og atferden som oppstår. Mange sykepleiere har den oppfattelsen av at den utfordrende atferden faktisk er en bevisst handling fra pasientens side (Brodaty, Draper & Low, 2003). I tillegg viser forskning at sykepleiere som ser på utfordrende atferd som en bevisst handling, enklere distanserer seg fra pasientene og omsorgen blir ikke personsentrert (ibid.). For å få endret fokuset til personen må hele

samfunnet endre oppfatningen av hva demens er. Samfunnet har lett for å stigmatisere personer med demens og stemple dem som verdiløs og inkompetent på grunn av sviktende kognitive evner (Rokstad, 2009). I motsetning til dette mener Kitwood (1999) at det «å være en person» ikke skal handle om kognitive evner, men det å ha følelser og emosjoner. Når kriteriene for det «å være en person» handler om følelser og evnen til å ha relasjoner med andre, vil en person med demens i aller høyeste grad kunne være en person. Vi mener det er viktig at hele samfunnet forstår at det å ha en demenssykdom ikke nødvendigvis betyr at man endrer personlighet og mister ressurser, men at det derimot kan oppstå enda mer følelser enn når personen var frisk. For å hjelpe personer med demens må sykepleiere og samfunnet for øvrig forstå disse følelsene, og godta forandringer som for eksempel utfordrende atferd.

Vi mener at fokus på personsentrert omsorg kan forebygge utfordrende atferd hos personer med frontallappsdemens. For å kunne gi individuell omsorg skriver Tom Kitwood (1999) at vi må se det helhetlige sykdomsbilde, som består av fem faktorer. Helse, nevropatologi, personlighet, livshistorie og sosialpsykologi. Hovedfokuset har vi rettet mot livshistorie, den «ondartede sosialpsykologien» og dens innvirkning på menneskets grunnleggende behov.

Både Kari Martinsen (2003b) og Tom Kitwood (1999) skriver om at å vite noe om en pasients livshistorie er viktig for å yte god omsorg. Begge disse teoretikerne mener livshistorien er en viktig del av hele omsorgsperspektivet. Ved å vite noe om dette har vi mer grunnlag for å kunne forstå pasienten og tilrettelegge omsorgen etter dette. Livshistorien innebærer at vi får vite noe om familiemedlemmer, oppvekst, tidligere yrker og bosteder, interesser, hobbyer og store hendelser i livet, både gleder og sorger (Egan et al., 2007). Når sykepleieren vet mer om pasientens livshistorie kan dette også føre til at pasienten føler seg mer knyttet til sin fortid når han deler dette med oss. Det er viktig at vi som sykepleiere er interessert i pasientens historie og det kan i tillegg bidra til å skape relasjoner oss i mellom. Gjennom utveksling av livshistorie og en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient kan begge føle trygghet og ha tillit til hverandre. I følge Gunderson (1978) må menneske føle trygghet for å oppleve selvkontroll som vil hindre utfordrende atferd. En person med frontallappsdemens vil ofte ha intakt hukommelse og kan selv fortelle mye av sin livshistorie. Men pasienten kan ha problemer med å gi fullstendig forklaring av sin historie og henger seg fort opp i enkelthendelser som gjør at sammenhengen forsvinner (Engedal & Haugen, 2009). Nære familiemedlemmer, som er viktige støttespillere for pasienten, kan da supplere med opplysninger som pasienten har utelatt (ibid.).

Innhenting av livshistorie kan informere sykepleierne om ressurser, personlighet og livserfaringer pasienten har. På bakgrunn av den informasjonen sykepleieren har tilegnet seg igjennom livshistorien er det lettere å finne et emne de kan snakke med pasienten om. I samtale med en person med demens må sykepleieren gi mye av seg selv, og mangel på informasjon vil da gjøre det vanskelig for sykepleieren å opprettholde samtalen og forstå hva pasienten mener og ønsker (Engedal & Haugen, 2009). I en studie av Egan et al. (2007) kom det frem at de ansatte som hadde kunnskap om livshistorien til pasientene hadde lettere for å håndtere og unngå utfordrende atferd. Livshistorien som ble hentet inn ble presentert for de ansatte i permer og på pasienttrommene, slik at de var lett tilgjengelige. Mange ansatte fikk en større forståelse for hvorfor pasienten viste utfordrende atferd, men andre følte de ikke hadde utbytte av å lese livshistorien (ibid.).

Våre erfaringer fra praksis gjør at vi mener det både er fordeler og ulemper med det å vite livshistorien til pasientene. Fordelene var at vi lettere fikk bygd relasjoner med pasientene. For eksempel kunne vi iverksette miljøtiltak ut i fra pasientens ressurser og interesser som virket forebyggende på den utfordrende atferden. I praksis brukte vi musikk som en terapiform overfor en pasient med sviktende kommunikasjonsevner. Vi erfarte at det var viktig å vite hvilken musikk pasienten likte og som beroliget henne. Bruken av musikk reduserte utfordrende atferd i intime pleiesituasjoner og under måltider hos denne pasienten. Ulempen med å vite livshistorien kan være at sykepleieren får fordommer ut i fra den informasjonen som blir gitt. Et eksempel er at en kvinne tidligere hadde mishandlet en mann i nær familie og sykepleieren klarte eller ønsket ikke å gi den omsorgen kvinnen hadde behov for. Sykepleieren forklarte til oss at den tidligere mishandlingen var grunnen til at han neglisjerte pasienten og hadde problemer med å være hyggelig mot og hjelpe pasienten. Vi mener det er greit å få en reaksjon på informasjonen, men at sykepleieren likevel må være profesjonell og ikke la omsorgen påvirkes av fordommene.

Pasientens personlighet mener vi også er en del av livshistorien og at disse to faktorene henger sammen. Personlighet handler om hvordan mennesket har utviklet seg i løpet av livet, hvilke ressurser personen har og hvilke forsvarsmekanismer han bruker (Rokstad, 2009). Hver enkelt person er unik og har sitt eget særpreg. Mennesker kommer fra ulike kulturer, har forskjellig livsstil og verdier og ulike interesser (Kitwood, 1999). Opplevelser i livet setter sitt preg på en person og former den vi blir.

Under sykdom kan personligheten forandres. Hos personer med frontallappsdemens oppstår ofte personlighetsforandringer og atferdsendringer (Rokstad, 2009). Eksempler på dette er likegyldighet i sosiale situasjoner, sosial uhemmet atferd, rastløshet, apati og unormale følelsesmessige reaksjoner (Engedal & Haugen, 2009). Vi har erfart at personer med frontallappsdemens ofte blir utrygg og usikker når de endrer personlighet. Følelser som sinne, uro og forvirring kan da føre til utfordrende atferd. Det er viktig at sykepleierne forstår de følelsesmessige reaksjonene og hjelper pasienten til å takle disse. En pasient var fysisk utfordrende og slo en pleier, men angret etterpå og forsto at hun hadde gjort noe galt. Det pasienten da trengte var trøst, støtte og tilgivelse. For at sykepleierne skal kunne håndtere slike situasjoner på en måte at pasienten blir respektert, trengs forståelse og kompetanse om sykdommen. I yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7 står det «sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner» (Norsk Sykepleieforbund, 2011, s.7). Ut i fra dette forstår vi at det er viktig at vi søker hjelp og ny kunnskap når kompetansen vi har ikke strekker til.

Økt kompetanse om demens og sykdomsutviklingen viser seg å være nødvendig for å håndtere utfordrende atferd. I studiene til Rognstad og Nåden (2011) og Brodaty, Draper og Low (2003) skriver de blant annet om dette, og viser til at mer kunnskap også øker den etiske refleksjonen hos personalet på en avdeling for personer med demens. Mer etisk refleksjon og deling av erfaringer gjorde personalgruppen mer trygg i sitt møte med utfordrende situasjoner (ibid.). Vi har også opplevd at å dele erfaringer om hvordan hver enkelt taklet atferden, kan hjelpe kollegaer til å takle lignende situasjoner senere.

Tilbake til Kitwood (1999) er en av hans fem hovedpunkter i den personsentrerte omsorgen sosialpsykologi. I demensomsorgen har den «ondartede sosialpsykologien» vært en stor del av omsorgskulturen. Tom Kitwood bruker ordet ondartet fordi det er meget skadelig for omsorgsmiljøet. «Ondartet sosialpsykologi» krenker individet og svekker personens selvfølelse, og for å unngå dette må sykepleiere gjøres oppmerksom på den pleiekulturen de er en del av. Det er viktig at personalet er mottakelig for å endre holdningene rundt den ondartede sosialpsykologien. Vi mener det er vanskeligere å håndtere utfordrende atferd med personsentrert omsorg når den ondartede sosialpsykologien er en del av pleiekulturen.

Kitwood (1999) mener at personer med demens har fem behov. Trøst, beskjeftigelse, tiknytning, å være inkludert og å ha en identitet. Den «ondartede sosialpsykologien» er en trussel mot ivaretagelse av disse behovene og dette vil vi drøfte.



En person med demens trenger trøst fordi den er i en situasjon med en rekke tapsopplevelser og har følelsen av at livet i sin helhet faller fra hverandre. Pasienter som opplever dette kan vise utfordrende atferd på grunn av følelsene dette medfører. Ved å gi trøst gir vi pasienten styrke til å holde på helheten slik at atferden kan unngås. Trøst innebærer ømhet og nærvær, lindring av smerte og sorg og det å kunne skape en trygghet for pasienten (Kitwood, 1999). Hvordan trøsten gis er viktig. En eldre person ønsker å trøstes på en annen måte enn et barn. Selv om alle kan ha behov for nærhet når de trøstes, må man nærme seg en eldre person med demens annerledes enn et barn. Et barn kan vi ta i fanget og stryke over kinnet, mens en eldre person kan trenge en klem eller en vennlig hånd på ryggen. Det er viktig at vi ordlegger oss på riktig måte og ikke bruker benevnelser som «lille venn». Dette er infantilisering og en del av den «ondartede sosialpsykologien» (ibid.). Sykepleieren gjør ikke dette av vond vilje, men dette kan være med på å svekke pasientens selvfølelse og identitet. Det er viktig å reflektere over måten vi kommuniserer, og behandler pasienten på.

Et annet grunnleggende behov er å føle tilknytning. En person med demens vil som følge av sykdommen føle stor usikkerhet på grunn av endringene som skjer i livet, og dermed er tilknytningsbehovet større enn hos en frisk person. Det å være tilknyttet noe motvirker denne usikkerheten (Kitwood, 1999). Siden personer med frontallappsdemens ofte viser utfordrende atferd er denne gruppen mer utsatt for å føle seg utelukket i miljøet. En pasient kan være tilknyttet det sosiale miljøet på avdelingen, til sykepleierne som jobber der og sine medpasienter. Også her kan den «ondartede sosialpsykologien» true dette behovet. Forvisning kan skje når sykepleierne, pårørende og medpasienter mener at pasienten ikke passer inn i felleskapet på grunn av den utfordrende atferden (Rokstad, 2009). Dette skjer dersom det ikke er forståelse for hvorfor pasienten viser den utfordrende atferden. Spesielt skal vi som sykepleiere unngå forvisning og i tillegg må vi legge opp til at pårørende og andre pasienter forstår at alle har rett til å være en del av felleskapet på tross av atferden de viser. Likevel er det viktig at pasienten skjermes dersom atferden påvirker andre på avdelingen.

Behovet av å være inkludert er spesielt stort hos personer med demens (Kitwood, 1999). Kitwood skriver også at det å være inkludert, og en del av en gruppe er essensielt for å overleve. Etter hvert som de kognitive funksjonene hos en person med demens forsvinner øker også sjansen for ekskludering (ibid.). Dette på grunn av det kreves mer av sykepleierne for å inkludere pasienten. Noe som ofte kan oppstå i demensomsorgen, og spesielt i den tidligere omsorgskulturen, er at pasientene plasseres sammen i et rom og at dette blir oppfattet som felleskap. Dersom det skjer at sykepleierne ikke er tilstede og pasientene overlates til seg

selv, er virkningen av felleskapet det motsatte. I stede for at de oppfatter å være en del av en gruppe og være inkludert vil de føle seg ensomme. Et eksempel er at pasienter med stor kognitiv svikt trenger en sykepleier ved siden av seg som alltid forklarer hva som skjer og hvem som deltar i felleskapet fordi de selv ikke oppfatter dette. Dersom dette ikke skjer kan det føre til at pasienten blir utrygg på omgivelsene og utfordrende atferd kan oppstå. Hvis pasientene ignoreres og ikke får oppfølging av sykepleieren vil de heller isolere seg fra omgivelsene og trekke seg tilbake. Ignorering er å overse pasienten som om vedkommende ikke er der (ibid.).

Å være beskjeftiget er viktig for en person med demens, men beskjeftigelsen må gi mening og pasienten må få brukt sine evner og ressurser. Beskjeftigelse kan skje alene eller i felleskap og kan bestå av direkte handlinger, men også gjennom refleksjoner (Kitwood, 1999). Når en pasient får brukt sine evner på en positiv måte er dette også en måte på å få utløst energi, i stedet for å utløse den i form av utfordrende atferd. Det motsatte av å være beskjeftiget er kjedsommelighet. Da kan pasienten føle seg nytteløs. For å beskjeftige en pasient er det viktig at vi vet hva som interesserer den enkelte slik at vi kan tilpasse aktiviteten. Noe som kan true denne beskjeftigelsen og mestringsfølelsen som kommer av dette er fornedrelse. Fornedrelse er å fortelle en pasient at han er inkompetent, ubrukelig og verdiløs og dette skader selvbildet (ibid.).

I likhet med Kitwood skriver også Gunderson (1978) om at pasientengasjementet må være individuelt tilpasset. En person med interesse for orientering som ikke er kapabel til å drive med dette på grunn av fysiske begrensinger, kan bli beskjeftiget av for eksempel å lese kart og holde kompasset. Hvis pasienten driver aktiviteter han ikke mestrer og kun får negative og fornedrende tilbakemeldinger på det han gjør vil dette være med på å svekke selvfølelsen. Når aktiviteten er tilrettelagt skaper det mestring, og oppmuntring fra sykepleieren øker pasientens selvbilde. Dette er med på å hindre utfordrende atferd.

Gjennom hele sykdomsutviklingen er det viktig å bevare pasientens identitet. Å ha en identitet er å vite hvem man selv er, kognitivt og følelsesmessig, og være knyttet til egen fortid. Hvert enkelt menneske har en identitet som er unik og skapt av dem selv og andre. Identiteten må opprettholdes gjennom hele livet på tross av sykdommen, og en primæroppgave for sykepleieren blir å hjelpe pasienten med dette på grunn av den sviktende mentale funksjonen. Blant annet institusjonalisering på sykehjem er med på å svekke en persons identitet (Kitwood, 1999). Stempling og stigmatisering av personer med demens er en trussel for

identiteten fordi det ikke er fokus på individets kvaliteter. Personer med demens kan ofte få merkelappen «de demente» og personer som viser utfordrende atferd blir stemplet som aggressiv og voldelig (Brodaty, Draper & Low, 2003). Pasientene kan føle seg oversett og glemt og føler sinne og frustrasjon. Vi har erfart at pasienter som føler seg glemt reagerer med utfordrende atferd for å få oppmerksomhet rettet mot dem som en person.

For å kunne ivareta de grunnleggende behovene til en person med demens kreves det mye av omsorgsgiveren. Det viktigste er evnen til å være til stede for pasienten og kunne gi den fulle oppmerksomhet. Dette er en utfordring for mange omsorgsgivere, men fullstendig tilstedeværelse er viktig for ethvert møte mellom sykepleier og pasient. For at pasienten skal føle at det han eller hun gjør eller sier er betydningsfullt, er det viktig at vi som sykepleiere gir de anerkjennelse. Samtidig må sykepleieren kunne vise en leken side av seg selv og være med pasienten i uformelle former, og ikke bare under stell og måltider (Rokstad, 2009).

De fleste personer med demens har en holdningsplan som er tilrettelagt for den enkelte og som sykepleiere etter beste evne følger, men man må også være åpen for at disse planene må justeres og at det kreves improvisasjon i samhandling med personer med demens. Når man går bort i fra en planlagt handling må en kunne rådføre seg med pasienter, lytte til deres ønsker og samarbeide. På den måten opplever pasienten at ting gjøres i felleskap. Sykepleieren må vise forståelse for pasientens følelser og hvilke følelser som skaper atferden (Rokstad, 2009).

Personer med demens søker etter trygghet og det kan vi oppnå ved at sykepleierne er nærværende og stabil og viser sikkerhet, uavhengig av pasientens atferdssvingninger. Samtidig som at sykepleiere gir omsorg til pasienter, viser de også omsorg overfor oss. Det kan være å tilby en klem eller gi positiv verbal tilbakemelding. Vi må være åpen for slik støtte fra pasienter og vise takknemmelighet for det de gjør. Det er også viktig å være ærlig om hvem vi selv er og at våre egne behov er viktige. Kunnskap om egne behov, gleder og begrensninger hjelper oss å åpne oss for andre (Rokstad, 2009).

I tillegg til personsentrert omsorg, vil vi drøfte hvordan miljøbehandling også kan forebygge utfordrende atferd.

## **4.2 Hvordan kan miljøbehandling forebygge utfordrende atferd hos personer med demens?**

Sammen med personsentrert omsorg er miljøbehandling viktig i arbeidet med å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Vi mener det også er viktig å drøfte hva utfordrende atferd er før miljøbehandling blir brukt forebyggende.

Det finnes i litteraturen ulike forklaringer på hva utfordrende atferd er. Det er også mange andre begreper som brukes om atferd, blant annet utagerende atferd, aggressiv atferd, fysisk voldelig atferd. Vi mener i likhet med Rokstad (2009) at utfordrende atferd må ses på som en normal reaksjon fra pasientens side. De ervervede hjerneorganiske forandringene som skjer i sykdomsforløpet, og de følelsesmessige reaksjonene som kommer som følge av sviktende funksjoner, er grunnen til at de fleste personer med frontallapspdemens har utfordrende atferd (ibid.).

Utfordrende atferd kan i mange tilfeller forklares ved at pasienten har et behov som ikke er tilfredsstilt, både fysisk og psykisk. Roping kan være en måte å oppnå kontakt på fordi pasienten opplever manglende oppmerksomhet fra sykepleierne. Dersom sykepleierne reagerer og gir oppmerksomhet ved slik atferd vil pasienten oppfatte at dette er måten jeg kan få oppmerksomhet på og vil dermed fortsette med dette. Det er viktig at sykepleieren snur dette mønsteret (Cohen-Mansfield, 2001). For å gjøre dette kan man være konsekvent med å gi pasienten oppmerksomhet i perioder uten roping. Oppmerksomhet kan gis i form av samtaler en til en med pasienten med fokus kun på den enkelte.

Utfordrende atferd kan komme på bakgrunn av stress og økt sårbarhet. Personer med demens har ren redusert stressterskel og det er derfor viktig å unngå overstimulering (ibid.). Pasienter kan bli utsatt for overstimulering både i en til en kontakt med sykepleieren, og i det sosiale miljøet sammen med medpasienter. I en til en kontakt med personer med frontallapspdemens, for eksempel i stellsituasjoner, må sykepleieren være bestemt på hva som skal utføres, men samtidig ikke stille for høye krav. Dersom kravene er for høye vil ikke pasienten oppnå mestingsfølelse og heller oppleve stress, og utfordrende atferd kan forekomme.

Overstimulering i det sosiale miljøet kan komme av støy, forstyrrelser og uro hos medpasienter. Ukjente medpasienter og nye sosiale situasjoner å måtte forholde seg til, gjør at pasienten kan overstimuleres (Engedal & Haugen, 2009). Erfaringsmessig har vi også lært at overstimulering og utfordrende atferd hos en pasient kan overføres til andre pasienter dersom tiltak ikke iverksettes.

Utfordrende atferd kan også komme av understimulering. En aktiv person med demens vil ha andre behov enn en inaktiv pasient. En pasient kan ha behov for mye fysisk aktivitet i løpet av en dag, og dersom det ikke legges til rette for dette kan pasientens energi og rastløshet få utløp i utfordrende atferd. Samtidig som de fysiske behovene må dekkes kan pasienten også ha behov for mental stimuli. Ensomhet og kjedsommelighet kan være resultat av understimulering og føre til utfordrende atferd (Cohen-Mansfield, 2001). Fra erfaringer har vi lært at en fysisk oppegående og aktiv pasient har behov for sine daglige gåturer ute i frisk luft. Dersom denne gåturen ikke ble gjennomført ble pasienten urolig og det var sammenheng mellom dette og når pasienten viste utfordrende atferd.

Det er viktig at en sykepleier ser hvilke behov hver enkelt pasient har, og om behovene blir dekket. Sykepleieren må ha forståelse for atferden og samtidig kunne se på hvilke endringer som kan gjøres for å forebygge dette. I mange tilfeller må man tolke hva pasienten ønsker å uttrykke gjennom atferden og dette innebærer å prøve og å feile. Egenskapen å kunne innrømme feil og evnen til å kunne se nye løsninger må være tilstede.

Omsorgen sykepleieren gir pasienten preges av ulike faktorer. Pasienten må føle seg trygg på sykepleieren for å kunne motta omsorgen sykepleieren gir, men det er også en viktig faktor at sykepleieren er trygg på pasienten for å kunne gi god omsorg. Et eksempel på dette er at sykepleieren kan føle frykt for å gå inn i en situasjon der utfordrende atferd forekommer. Nåden og Rognstad (2011) har i sin forskningsartikkel «Utfordring og kompetanse i demensomsorgen- pleierens perspektiv» beskrevet pleierens opplevelse av å møte personer med demens og utagerende atferd i ulike situasjoner. De intervjuede sa de følte maktesløshet og redsel i situasjoner der pasienten viste utagerende atferd. De følte også at deres arbeid var mislykket da pasienten viste utagerende atferd i form av klyping, spark, slag og spyting. På bakgrunn av at arbeidssituasjonene var lite forutsigbare følte personalet seg stresset, som resulterte i at de utførte sitt arbeid under svært krevende forhold. De intervjuede ga også uttrykk for at de trives i sitt arbeid med demensomsorgen og ønsket mer kompetanse for å takle den utagerende atferden (ibid.).

Rognstad og Nådens (2011) konklusjon om økt fagkunnskap og kompetanse på området, vil bidra til at pleierne føler bedre trygghet i de situasjonene pasienter med demens viser utfordrende atferd. Dette stadfestes også i St.melding nr. 25 (2005-2006). Omsorgsarbeidet i demensomsorgen må sikres igjennom faglig kompetent personalet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Økt kompetanse vil kunne redusere redsel og maktesløshet hos pleiepersonellet. Mer kunnskap om de utfordringene en møter i demensomsorgen vil igjen føre til bedre ivaretagelse av pasientens behov og verdighet (Rognstad & Nåden, 2011). Økt kompetanse i forhold til å håndtere den utfordrende atferden mener vi også vil gjøre det lettere for sykepleiere å utøve omsorg i forhold til Kari Martinsens grunnholdning å «anerkjenne den andre ut fra hans situasjon» (Martinsen, 2003a, s. 71).

Vi har valgt Gundersons utgangspunkt i de fem terapeutiske prosesser når vi drøfter miljøbehandling i forhold til utfordrende atferd. Da han på slutten av 70-tallet publiserte sin artikkel «Defining the therapeutic processes in psychiatry milieus» hadde miljøbehandling endelig vist resultater og denne behandlingsformen ble regnet som like god, og til og med bedre, enn behandling med medikamenter (Gunderson, 1978).

Miljøbehandlingen bør være strukturert, det vil si at den er planlagt og bygger på fagkunnskaper og kjennskap til pasienten. En demenssykdom vil gi ulike symptombilder og vil derfor ha behov for individuell tilpasset miljøbehandling (Røen & Storlien, 2012).

Miljøbehandling er en aktivitetsrettet behandlingsform og har som mål å bedre pasientens ferdigheter, både kognitiv, sosialt og praktisk. Gjennom god miljøbehandling får pasienten bedre selvfølelse og mestringsopplevelser, og opplever glede og trivsel. I miljøbehandling legges det vekt på både det fysiske og det mellommenneskelige miljøet. Det fysiske handler om tilrettelegging i forhold til utforming av rom, både inne og ute, mens det mellommenneskelige dreier seg om relasjonen pasienten har til omgivelsene, pleiere og medpasienter (Rokstad, 2009).

Før en starter med miljøbehandling kreves bred kartlegging, analyse og vurdering for å avdekke pasientens behov og ressurser. Kartleggingen må ha fokus på praktisk og kognitiv funksjon, men like viktig er det å ha fokus på pasientens nettverk, livshistorie, personlighet og fysiske og psykisk helse. Disse faktorene er også Tom Kitwood opptatt av når han presenterer sin teori om personsentrert omsorg. Han trekker fram livshistorie, personlighet og helse som viktige faktorer i samhandlingen med personer med demens (Kitwood, 1999). Kari Martinsen (2003b) mener i likhet med Kitwood at en persons livshistorie er viktig å vite noe om når omsorg skal utøves. Hun trekker i tillegg fram at en åpenhet om sykepleierens livshistorie er med på å forstå pasientens historie bedre. For å kartlegge må data om pasienten samles. Det kan gjøres gjennom samtaler og observasjoner, eller innhenting av bakgrunnsinformasjon. Hos personer med frontallapspdemens og andre demenssykdommer er det ikke alltid at

pasienten selv kan komme med bakgrunnsinformasjon og derfor er det viktig med god dialog med pårørende. I andre tilfeller kan pasienten komme med noe informasjon selv mens pårørende utfyller det (Rokstad, 2009).

For å gjennomføre miljøbehandling med utgangspunkt i Gundersons fem terapeutiske prosesser er det viktig at disse ses i en sammenheng. Et eksempel på dette slik vi forstår det er at for å oppnå trygghet, trengs struktur og det trengs trygghet for å gi bekreftelse. Ved å gi bekreftelse gir man også støtte. På denne måten ser vi at alle prosessene er like viktige og avgjørende for at miljøbehandlingen skal fungere. For eksempel kan være at vi engasjerer pasienten, men at det må skje på en strukturert måte. Under aktiviteter på avdelingen må sykepleieren være til stede for å lage rammer for aktiviteten. Når det er struktur i engasjementet skapes det også trygghet.

Ved en demenssykdom vil behovet for trygghet og beskyttelse øke for personen som er rammet. En sykepleiers oppgave er å gi trygghet ved å ta styring dersom vi oppfatter at pasienten mister kontrollen over sine følelser og sin atferd. Vi gir trygghet ved å iverksette tiltak, for eksempel skjerming, for å forebygge at uroen hos pasienten eskalerer. Det legges da til rette for et godt psykososialt miljø blant pasienten og øvrige beboere i enheten (Rokstad, 2009). Målet med å skape trygghet kan være å hindre at pasienter med nedsatt dømmekraft, som for eksempel personer med frontallappsdemens, er til skade for seg selv (Gunderson, 1978). Det kan eksempelvis være å hindre dem i å gå ut, der blant annet trafikk og overstimulering utgjør en fare.

Tilnærmingen til personer med frontallappsdemens bygger på to prinsipper, skjerming og grensesetting. At pasienter føler mestring gir også trygghet. En person med frontallappsdemens kan ikke bli stilt overfor valgmuligheter og vil som regel ikke mestre en slik situasjon (Engedal & Haugen, 2009). Det er dermed viktig at vi skjermer en pasient for slike situasjoner. Et eksempel kan være at en pasient aldri skal få stilt spørsmål om hvilken av disse to genserne han vil ha på i dag, eller få muligheten til å oppdage denne valgmuligheten. En løsning på dette kan være å låse klesskapet slik at pasienten ikke har tilgang til dem og dermed ikke blir stilt overfor et valg. Blir pasienten satt i en valgsituasjon vil det kunne skape forvirring og uro og føre til utfordrende atferd.

Pasienter kan vise utfordrende atferd når de føler manglende kontroll. Sykepleieren kan dermed skape trygghet for pasienten gjennom riktig grensesetting. Grensesetting kan for mange true selvfølelsen, hva pasienten ønsker og føler behov for og oppleves dermed som

krenkende (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg kan også mange føle seg straffet når de grensesettes. Alle sykepleierne som samhandler med pasienten må vite når det er riktig og nødvendig med grensesetting, og må ha lik holdning til tiltakene (Henriksen et al., 2011). Et verktøy for at dette skal fungere er at det i felleskap er utarbeidet en holdningsplan for hver enkelt pasient. Dermed er det mer forutsigbart både for pasienten og sykepleierne.

En viktig del av miljøbehandling, spesielt til personer med frontallappsdemens, er bruken av holdningsplaner. En holdningsplan utarbeides med bakgrunn i Gundersons fem miljøterapeutiske prosesser. Målet med en holdningsplan er hvordan omsorgsgiveren skal møte pasienten, og på den måten blir pasienten behandlet likt uavhengig av hvem som er på jobb. Holdningsplanen skal bygge på pasientens behov og krever omfattende kartlegging og den eller de som utarbeider planen må ha god kjennskap til pasienten (Røen & Storlien, 2012). «Holdningen omsorgsgiveren viser overfor pasienten og til tiltaket som skal gjennomføres er avgjørende for at det miljøterapeutiske tiltaket skal kunne gjennomføres og gi best mulig effekt» (ibid., s. 165-166). Tiltakene i holdningsplanen bygger på at pasienten skal opprettholde sine funksjoner ved bruk av egne ressurser, og dette er med på å forebygge utfordrende atferd. Det kreves god ledelse og samhandling i personalgruppen for at holdningsplanen skal ha riktig effekt (ibid.).

I tillegg til trygghet er støtte en del av Gundersons terapeutiske prosess. Sykepleieren viser støtte til pasienten ved å fremme en atmosfære i miljøet som gir økt mestring og selvfølelse hos pasienten, samt redusere angst og bidra til at pasienten opplever tillit og forståelse. Støtte kan være oppmuntring, oppmerksomhet, tilgjengelighet og beroligelse (Engedal & Haugen, 2009). For at sykepleierne skal kunne gi støtte må vi gjøre oss tilgjengelige for pasientene og være oppmuntrende og hjelpsomme. Et miljø med stabile og tålmodige sykepleiere oppleves som støttende, og miljøet kan da bli et tilfluktssted pasienten søker til for hjelp og oppmuntring (Gunderson, 1978).

Kari Martinsen (2003a) mener at alle mennesker er avhengig av å få støtte, men vi som sykepleiere møter pasienter i situasjoner der avhengigheten av andre er større på grunn av sykdom og lidelse. For å gi støtte er det viktig at sykepleieren forstår hvordan pasienten har det og sykepleierens forståelse må bygge på erfaringer. Eksempelvis har sykepleieren erfart den følelsen det er å ikke kunne mestre noe og når pasienten opplever det, vil sykepleieren gi bedre støtte. Sykepleieren har også kunnet se mange andre pasienter med liknende problemer og bruker sine erfaringer som noe positiv til pasienten.



Gunderson (1978) mener at noen typer støtte best kan gis av noen som er eldre enn pasienten selv. Vi mener at alder ikke har noen betydning når det kommer til det å gi støtte, men at kunnskaper og erfaringer er det viktigste. Med dette mener vi at en person på 25 år som har jobbet innen demensomsorgen i 10 år kan gi bedre støtte til en person med demens enn en person på 50 år som aldri tidligere har jobbet med demens. Gunderson mener også at for mye støtte kan gi pasienten en følelse av inkompetanse og kan føre til avhengighet, men dette er spesielt rettet mot psykisk helsearbeid. Erfaringsmessig har vi opplevd at personer med demens er avhengig av å ha en sykepleier i nærheten for støtte til enhver tid. Mangel på støtte og trygghet kan føre til angst og depresjoner og være bakgrunnen for den utfordrende atferden (Engedal & Haugen, 2009). For å unngå angst og depresjoner vil pasienten føle avhengighet til sykepleierne. Vi har oppfattet at avhengigheten ikke nødvendigvis går på en enkelt sykepleier, men noen som kan gi støtte og at pasienten forbinder den hvite uniformen som noe trygt og godt.

For å oppnå god miljøbehandling i en enhet for personer med demens kreves struktur (Gunderson, 1978). Struktur innebærer forutsigbarhet og er til for å minske kaos hos den enkelte pasient og i pasientgruppen. For å opprettholde struktur i pasientens liv brukes planer, men rutiner må balanseres med fleksibilitet. Forutsigbarhet og struktur er viktig både for individet og i avdelingsmiljøet for øvrig. For å skape dette for individet, brukes dagsplaner og ukeplaner som skaper faste holdepunkt for pasienten med tanke på tid, sted og person. En dagsplan kan inneholde tidspunkter for måltider, aktiviteter og hvile. Dersom tidspunkter ikke overholdes av sykepleierne vil det skape utrygghet og forvirring, og som vi har erfart kan føre til utfordrende atferd. Samtidig er det viktig å sette grenser for at en struktur skal opprettholdes. Dersom en pasient vil gå utenom tidspunkter som er satt i planen, må sykepleieren sette grenser for pasienten. Noen ganger er det likevel viktig å være fleksibel dersom pasientens behov er endret. En pasient kan enkelte dager ha mer behov for hvile på grunn av redusert allmenntilstand, og da må en dagsplan justeres (ibid.).

Det kreves også struktur i avdelingen. Struktur i avdelingen har som mål å øke orienteringsfunksjonen hos pasientene ved å gjøre avdelingen mer oversiktlig. En avdeling for personer med demens bør være en mindre enhet og ha et begrenset antall beboere, helst 6-8 personer (Rokstad, 2009). Pasientrommene bør være tilknyttet et fellesareal, helst firkantet, som de kommer direkte ut i fra rommene. Dette har vist seg å bedre orienteringsevnen hos pasientene. I tillegg skal en enhet for personer med demens skal helst unngå lange korridorer og mange dører, da dette kan gjøre pasientene rastløse (Bergland & Kirkevold, 2011). Lange

korridorer kan øke pasientenes trang til å vandre og skape uro. Med en mer firkantet arealløsning kan vandringstrangen forsvinne, men pasientene vil fortsatt ha muligheten til å bevege seg fritt.

En del av strukturen kan også være bruk av blant annet navneskilt, både på personalet og pasientens rom, og skilting i miljøet for øvrig (Rokstad, 2009). Bruk av navneskilt på dører gjør at pasienten får en oversikt over hvem han bor sammen med og kan koble navn opp mot ansikter. Merking av rom og dører kan gjøres både ved ord, fargekoder og gjenstander. Eksempelvis kan døren til toalettet ha en annen farge enn døren til pasientrommene og kjøkkenet. Det er viktig å ta med i betraktningen hvor langt i sykdomsutviklingen pasientene har kommet. En person med en alvorlig grad av demens vil i noen tilfeller ikke ha utbytte av slik merking. En slik struktur kan gi pasientene bedre orienteringsevne og minske uro (Bergland & Kirkevold, 2011).

Neste terapeutiske prosess er engasjement. Gunderson beskriver engasjement som en prosess der personer aktiveres på en måte som fremmer delaktighet og mestring. Dette kan være både individuelt og i grupper, og i og utenfor avdeling (1978). Målet med å engasjere pasientene er at de blir aktiv i omgivelsene, deltar sosialt i miljøet og styrker troen på seg selv. Mange pasienter på institusjon blir understimulert på grunn av at de ofte blir sittende mye stille og alene. Vi mener i likhet med Engedal og Haugen (2009) at «stimulering og aktivitet er en forutsetning for at mennesker kan fungere normalt, så vel mentalt som fysisk» (s.300). For å engasjere pasientene kreves det også initiativ, deltakelse, energi og entusiasme fra sykepleierne. Personlige erfaringer har vist oss at egenskapen å kunne sette seg inn i den tiden pasienten var ung og frisk, er viktig når en jobber med å engasjere eldre i demensomsorgen.

Engasjementet må ta utgangspunkt i pasientens forhistorie, ressurser og sosiale roller, for eksempel at en aktivitet er basert på en pasients tidligere hobby (Rokstad, 2009). En dame som har vært flink og glad i å strikke vil ha glede av å delta i aktiviteter der hun får muligheten til dette. Pasienten må ikke nødvendigvis strikke selv, men det å se på at en annen strikker kan også skape engasjement. Selv om en legger opp til aktiviteter som tar utgangspunkt i pasientens ressurser og interesser, må vi være oppmerksom på at ressursene kan være endret og redusert som følge av sykdommen. Dersom dette er tilfellet vil ikke pasienten oppleve mestring og dermed ikke styrke selvfølelsen (Engedal & Haugen, 2009). En løsning på dette kan være å forenkle aktiviteten. I stede for å strikke, kan pasienten holde i et garnnøste for å få følelsen av å strikke tilbake.

Det er viktig at aktivitetene er godt planlagt på forhånd og at en unngår lange handlingssekvenser (ibid.). En sykepleier må alltid være tilstede under aktiviteten for å kunne sette grenser, både med tanke på hvordan pasientene samhandler med hverandre og for å unngå konflikter dem i mellom og kunne ende aktiviteten når pasientene blir slitne eller går lei. Vi har erfart at det kan oppstå konflikter mellom pasientene når flere har tendenser til utfordrende atferd på grunn av frontale skader. Dersom aktivitetene er individuelle, men foregår i felleskap, er det viktig for pasientens opplevelse at de ikke blir forstyrret av andre. For mye engasjement kan føre til overstimulering og kan i tillegg resultere i økende uro og utfordrende atferd (Gunderson, 1978).

Den siste prosessen er bekreftelse, her blir også ordet gyldiggjøring blir også brukt. En person med demens vil i mange tilfeller oppleve endring i selvbilde i sykdomsutviklingen. Mange kan begynne å tvile på egen kompetanse og egenverdi, og føle seg dum og ubrukelig (Engedal & Haugen, 2009). Ofte kan dette være grunnen til den utfordrende atferden som pasienten viser. Miljøet rundt pasienten må være kapabel til å tolerere og akseptere atferden og ikke stemple den som avvikende og problematisk (Rokstad, 2009). Personer med demens vil ha et behov for å få bekreftet sin identitet. Vi som sykepleiere må bekrefte overfor dem at de er verdifulle på tross av atferden de viser.

For å bekrefte pasientene må de vies oppmerksomhet (Gunderson, 1978). Ut i fra egne erfaringer vet vi at oppmerksomhet ikke må gis kun når pasientene viser utfordrende atferd. Da kan dette raskt bli et mønster og den utfordrende atferden kan eskalere. Samtidig er det viktig å skille på om oppmerksomheten gis på tomannshånd eller når pasienten er i felleskap med andre. Noen pasienter kan kanskje oppleve å få mer bekreftelse når oppmerksomheten gis på tomannshånd, mens oppmerksomhet gitt i felleskapet kan bli for lite individuell.

En følge av sviktende mental og motorisk funksjonsevne er at pasientene får negativ mestringsfølelse (ibid.). Det må være aksept blant sykepleierne at pasientene kan mislykkes. Vi må bekrefte overfor pasienten at dette er naturlig og forståelig, og når pasienten får bekreftelse er det mindre fare for at han opplever å være ubrukelig eller utilstrekkelig. En pasient kan mislykkes under aktiviteter. Et eksempel er at en pasient ble veldig fortvilet og irritert da han ikke klarte å regne ut svarene på mattestykkene han fikk utlevert. Han hadde da behov for bekreftelse på at dette gikk greit, og at han fortsatt var veldig dyktig til å regne. Vi kan unngå liknende situasjoner senere ved å tilpasse mattestykkene pasienten får utlevert til

det kunnskapsnivået han har. Vi som sykepleiere må være oppmerksomme på pasientens sviktende ressurser (Gunderson, 1978).

Vi kan også bekrefte pasientens selvbestemmelse ved å vise respekt for at pasienten kan ha behov for å være alene (ibid.). For mye stimuli kan gjøre pasienten utslitt og ønsker fred og ro. Et eksempel kan være at to pasienter på samme avdeling misliker hverandre og de bruker mye energi på konflikter seg i mellom. Den ene pasienten kan da ha behov for å trekke seg tilbake og skjerme seg selv for andre.

Ut i fra det vi har drøftet og de erfaringene vi har opparbeidet oss i praksis, har vi lært at personsentrert omsorg og miljøbehandling er grunnleggende kunnskaper som trengs for å arbeide med personer med demens.

## 5.0 Konklusjon

Vi har i oppgaven presentert teori og drøftet det vi mener er viktig for å besvare problemstillingen.

Ut i fra teorien og det vi har drøftet har vi kommet fram til at personsentrert omsorg og miljøbehandling er forebyggende for utfordrende atferd hos personer med demens. Personer med demens har grunnleggende behov som må ivaretas og trenger blant annet trygghet og struktur for å få en god hverdag. Personsentrert omsorg mener vi kan bidra til økt forståelse for menneskers atferd og hvordan utøve god omsorg til det enkelte individet. Miljøbehandling er tiltak som iverksettes for å forebygge utfordrende atferd og har som mål å utnytte pasientens ressurser.

Vi har kommet fram til at utfordrende atferd må ses som et symptom på demenssykdommen og ikke som en bevisst handling fra en person. Sykepleiere må ha forståelse for atferden pasientene viser, og vi må tilegne oss måter å håndtere dette på som er tilpasset hver enkelt pasient.

Erfaringsmessig og ut i fra det vi har funnet i forskningen trengs det mer kunnskap om personsentrert omsorg og miljøbehandling blant ansatte i demensomsorgen. Høyere kompetanse gir trygghet hos personalet og gjør det lettere å håndtere utfordringer og vanskelige situasjoner i demensomsorgen. Samtidig vil da sykepleien som utøves være tilpasset den enkeltes behov, og vil være med på å bevare pasientens identitet og verdighet.

## Litteraturliste

\* Aubert, W. (1969). *Det skjulte samfunn* (1. norske utg.). Lokalisert på:  
<http://www.nb.no/nbsok/nb/3d7019afc9845853d87eaa84620921f6.nbdigital?lang=en#0>.

Antall sider: 1

Berentsen, V.D. (2010) Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold., K. Brodtkorp og A.H Ranhoff (Red), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 350- 382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). *Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?* Sykepleien Forskning, 6(1), 14-26. doi: <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0045>. Antall sider: 10

\* Brodaty, H., Draper, H. & Low, L - F. (2003). *Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work*. Journal of Advanced Nursing. (44)6, 583- 590. Antall sider: 8

\* Cohen-Mansfield, J. (2001) Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. American Journal of Geriatric Psychiatry. 9(4):361-81, 2001. Antall sider: 20

Dalland, O. & Tygstad, H. (2012) Kilde og Kildekritikk. I O. Dalland. (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5.utg., s. 63- 80). Oslo: Gyldendal Akademiske.

\* Egan, M.Y. Munroe, S. Hubert, C. Rossiter, T. Gauthier, A. Eisner, M. Fulford, N. Neilson, M. Daros, B. & Rodrigue, C. (2007) Caring for residents with dementia and aggressive behavior: impact of life history knowledge. *Journal of Gerontological Nursing*. Antall sider:7

\* Engedal, K. & Haugen P.K. (2009) *Demens. Fakta og utfordringer*. (3. utg.) [Tønsberg]: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 40

\* Forskrift for sykehjem m.v (1988) *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. (1988-11-14). Lokalisert på [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no). Antall sider: ikke oppgitt sidetall

\* Gunderson J.G. (1978).Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus. *Psychiatry*, 41: 4 (s.327-35.). Norsk oversettelse: Tveit H., Haaland T., Knudsen H., Bøe T. (1997) *Miljøterapeutiske prosesser i en psykiatrisk avdeling: forståelse, forankring, forandring*. Stavanger: Psykiatri. Antall sider: 18

Hauge, S (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (s.219- 236) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helse og omsorgsdepartementet. (2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. (St.meld. nr. 25, 2005-2006). Oslo: Departementet.

\* Helse- og omsorgsdepartementer. 2007. Delplan til Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015. *Den gode dagen*. Antall sider: ikke oppgitt sidetall

\* Henriksen, A. T., Smedvig, K., Østebø, G., Aanderaa, M., Tytlandsvik, M., Dahle, A. S... Thorsen, G.-R, B (2011). *Miljøterapi– En modell for tenkning, holdning og handling i en psykiatrisk institusjon*. (6. utg.). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Antall sider: 17

\* Isaksson, U. Graneheim, U.H. Åström, S. Karlsson, S. (2011) Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health* Vol.15, No. 5, July 2011, 573- 579. Antall sider: 7

\* Kilander, L. Landahl, P. Ingelsson, M. (2009) *Frontallobsdemens : den förbryllande sjukdomen*. Forlag: Gothia. Antall sider: 162

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Kunnskapssenteret. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Lokalisert på <http://kunnskapssenteret.no/Verktøy/Sjekklistor+for+vurdering+av+forskningsartiklar.2031.cms>. Antall sider: ikke oppgitt sidetall

\* Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard Danmark. Antall sider: 134

Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste, LOV-2011-06-24-30. § 3-2 (2011). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.

\* Martinsen, K. (2003a) *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk- filosofiske essays*. (2. utg.) [Oslo]: Universitetsforlaget. Antall sider: 247

\* Martinsen, K. (2003b) *Fra Marx til Løgstrup; om etikk og sanselighet i sykepleien*. (2.utg.) [Oslo]: Universitetsforlaget. Antall sider: 168



Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe A/S.

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Norsk sykepleieforbund.

\* Rognstad, M. K., & Nåden, D. (2011). *Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv*. Nordisk Sygeplejeforskning, 1(2), 143-155. Antall sider: 13

\* Rokstad, A. M (2009) Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M. Rokstad og K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s. 60- 84) Forlag: Akribe. Antall sider: 24

\* Rokstad, A.M (2009) Kompetanseutvikling hos personalet. I A.M. Rokstad og K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s.340-349) Forlag: Akribe. Antall sider: 9

\* Rokstad, A.M (2009) Miljøbehandling. I A.M. Rokstad og K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s. 152- 177) Forlag: Akribe. Antall sider: 27

\* Rokstad, A.M (2009) Utfordrende atferd. I A.M. Rokstad og K. L. Smebye. (red). *Personer med demens. Møte og samhandling*. (s. 180-204) Forlag: Akribe. Antall sider: 13

\* Røen, I. og Storlien M.S. (2012) Strukturert miljøbehandlingsprogram i sykehjem på individ-, gruppe og ledelse. I A. M. Rokstad (red) *Bedre hverdag for personer med demens*. Rapport: Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015. Forlag: Aldring og helse. Antall sider: 31

\*Snoek, J.K. & Engedal K. (2008) *Psykiatri: Kunnskap. Forståelse. Utfordringer*. (3. utg.)  
[Oslo]: Akribe Forlag AS. Antall sider: 14

\* WHO. (2001). *Men, ageing and health: Achieving health across the life span*. Antall sider: 1

\* Selvvalgt litteratur. Total: 970 sider.

## Vedlegg

Dato	Søkeord	Databaser	Avgrensing	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler/kommentarer	Inkluderte artikler
09.01.13	Frontallappsdemens	Idunn	Fritt søk	2	1	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen- Pleierens perspektiv	1
14.01.13	Front* dementia, AND behavior, AND aggression, AND elder*	Ebschost	Fulltekst	10	4		0 Ikke inkludert
14.01	Frontal lobe AND dementia AND Aggression AND Attitude of Health personnel	MEDLINE	2005-current	15	5	Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations	1
15.01	Miljøbehandling Demensomso rg	Sykepleien	Minst et av ordene	6	1		0 Ikke relevant
15.01	Demens AND livskvalitet	SveMed +		16	1	Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer	1

						funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?	
<b>16.01.13</b>	Front* dementia, AND behavior, AND aggression	Ebschos	Fulltekst 2005- 2013	4	0		0 Ikke relevant
<b>16.01.13</b>	Dementia AND Geriatric nursing AND Dementia nursing AND Aggression Behavior AND Nurs- patient relation	MEDLINE	Fulltekst English language  2005-current	6	3	Caring for residents with dementia and aggressive behavior: impact of life history knowledge .	1
<b>18.01</b>	Dementia AND Dementia care OR Caregivers AN milieu therapy	MEDLINE	2005-Current	6	2		0 Ikke relevant
<b>22.01.13</b>	Sykepleie Holdninger	Sykepleien	Alle ordene	18	2		0 Ikke relevant
<b>25.01.13</b>	Nursing home AND Staff attitude AND dementia	Ebscohost	2002- 2012 Fulltext	41	2	Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work.	1

